

# ANTRAG auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung und bei Dialysebehandlung

An den  
Hochsauerlandkreis  
Fachdienst Personal  
-Beihilfestelle-

59870 Meschede

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen.

<b>1. Beihilfeberechtigte(r)</b>	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)			
	Amts- oder Dienstbezeichnung		Telefon	
<b>2. Erkrankte Person</b>	Vorname			
	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind			
<b>3. Kosten</b>	Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Dialyse-Institution			
	Voraussichtliche Behandlungsdauer (bei Krankenhausaufenthalt)		Kosten für 1 Dialyse	
			EUR	
	Allgemeiner Pflegesatz	Zuschlag für 2-Bett-Zimmer	Voraussichtliche Kosten monatlich	
	EUR	EUR	EUR	
Ist der Krankenhausaufenthalt Folge eines Unfalls? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<b>4. Zahlungsweise</b>	Ich bitte um Gewährung eines Abschlags in Höhe von _____ EUR durch			
	<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> an mich <input type="checkbox"/> an das Krankenhaus bzw. die Dialyse-Institution			
	zu Aktenzeichen _____			
	Kreditinstitut		Bankleitzahl	
Kontoinhaber		Konto-Nr.		
<b>5. Erklärung</b>	Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.			
	Ort, Datum		Unterschrift der / des Beihilfeberechtigten	